

第1号様式（第5条第1項）

八千代市骨髄移植等を原因とする予防接種再接種費用支給申請書

年 月 日

（宛先） 八千代市長

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ			接種した者 との続柄	
	氏名				
	現住所				
	電話番号				
接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
金融機関名	銀行 信用金庫・農協				本店 支店・支所
普通 ・ 当座	口座番号				
フリガナ					
口座名義人					
支給申請額	円				

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、下記の委任状に記入をお願いします。

<p>委任状</p> <p>私は、上記口座名義人に接種費用の受領を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">（自署）申請者氏名</p>
--

【提出書類】※申請前に、提出する書類名の□にレを入れてください。

- 接種状況報告書（第2号様式）
- 通帳の写し等の振込口座を確認できるもの
- 再接種に係る費用を記載した領収書等の原本
- 母子健康手帳の写し等の再接種に係る記録の確認できる書類
- 骨髄移植等により接種済みの定期予防接種の効果が期待できず再接種が必要である旨を記載した主治医意見書（第3号様式）